NOV 16 1897 LIBRARY

Zur Casuistik der Nervenerkrankungen nach Unfall.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITAT ZU BERLIN

AM 12. FEBRUAR 1897

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Hugo Budde

aus Berlin.

OPPONENTEN:

Hr. Dd. med. Braasch.
- cand. med. Schwarz.
- stud. med. Krüger.

BERLIN

C. VOGTS BUCHDRUCKEREI (DR. E. EBERING)

Linkstrasse 16.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/zurcasuistikdern0000hugo

Meiner teuren Mutter

in Dankbarkeit

gewidmet.

Wohl kaum hat ein Krankheitszustand während eines Zeitraums von 30 Jahren so viel Wandluugen in seiner Auffassung erfahren, als der unter dem Namen „traumatische Neurose“ bekannte. Nervöse Störungen nach Unfällen wurden zuerst in England eingehend studiert und beschrieben, als die Haftpflicht der englischen Eisenbahngesellschaften seit 1861 diesen Erscheinungen ein gerichtärztliches Interesse beilegte. Erichson widmete ihnen eine eingehende Besprechung und viele schlossen sich seinen Ausführungen an, welche als Voraussetzung das Organische der Krankheit hatten, d. h. eine anatomische Veränderung der Nervensubstanz den pathologischen Erscheinungen zu Grunde legten. Riegler wies dann zuerst auf das psychische Moment hin, doch auch er verlangt noch einen Symptomenkomplex, wie ihn nur eine organische Erkrankung des Rückenmarks oder Gehirns hervorbringen kann, um eine nervöse Unfallserkrankung zu diagnostizieren. Erst Charcot trat mit der Ansicht hervor, dass die Lähmungserscheinungen, Anaesthesieen etc. nach Unfällen meist nur funktioneller Natur seien, also in psychischen Vorgängen ihren Ursprung

hätten und ganz der schon lange beobachteten Hysterie glichen, die er seinerseits durch Autosuggestion erklärte. Er hatte gefunden, dass sich sämtliche Symptome der Hysterie, sowie seiner Unfallsnervenkranken in der Hypnose gesunden Personen suggerieren lassen, und schloss daraus, dass von momentanen Bewusstseinsstörungen, wie er sie bei Schreck, Zorn und anderen ungewöhnlichen psychischen Erregungen annimmt, die Suggestion des Individuums auf sich selbst stattfände.

Er hat jedoch bei seinen Beobachtungen Symptome ausser Acht gelassen, wie die niedergedrückte Stimmung der Kranken, die vielen subjektiven Klagen, Herabsetzung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten, welche nicht zu dem Begriff der Hysterie passen, sondern der Neurasthenie angehören. Oppenheim hat in seiner Abhandlung von 1889 „Die traumatischen Neurosen“ auf diese Erscheinungen namentlich hingewiesen und, da sich nun die Erkrankungen weder ganz der Hysterie noch der Neurasthenie einreihen liessen, den neuen Namen „Traumatische Neurosen“ eingeführt. Der Name weist schon darauf hin, dass Oppenheim aus seiner Abhandlung alle Unfallnervenerkrankungen auf organischer Basis ausschliesst und sich nur mit den funktionellen Leiden beschäftigt. Er gab eine so ausführliche und umfassende Beschreibung der Symptome dieser Krankheiten, dass es sich bei den folgenden litterarischen Intermezzos über die traumatische Neurose nicht mehr um

Herbeibringung von neuen Krankheitsbildern handelt, sondern lediglich um den Namen, um die Entstehungsweise, um die Objektivität der Symptome, um die Simulation, Behandlung und Prognose.

Zunächst wurde Oppenheims Abhandlung und der von ihm gebrauchte Name mit Begeisterung begrüsst. Doch bald zeigten sich auch Gegner seiner Anschauungen und namentlich drangen viele darauf, eine besondere Bezeichnung nicht anzuehmen. Dass es sich bei diesen Leiden um keine besondere Krankheit mit pathognomischen Symptomen handle und dass man mit den Bezeichnungen Hysterie und Neurasthenie auskommen könne, waren sich die meisten Autoritäten dieses Gebietes einig. Der Name traumatische Neurosen aber war der Bequemlichkeit mancher Aerzte zu gute gekommen, indem sie nicht mehr wie vordem die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Neurasthenie zu stellen brauchten, wozu eine genauere Untersuchung nötig ist, sondern jetzt auf den allgemeinen Eindruck einer Nervenerkrankung und auf die Thatsache hin, dass ein Unfall stattgefunden habe, einfach „Traumatische Neurose“ diagnostizierten. So schien es in der That wünschenswert, eine Bezeichnung fallen zu lassen, die nicht notwendig, doch manchen Nachteil mit sich brachte. Diese Anschauung kam auf den Kongress für innere Medizin in Wiesbaden 1893 zum Ausdruck.

Oppenheim macht für die Krankheitserscheinungen

nach einem Unfall namentlich die psychische Erregung verantwortlich, wie schon Charcot vor ihm, und die physische Verletzung nur in sofern, als sie vorübergehende Lähmungen hervorrufen kann, die dann nach Charcots Theorie von der Autosuggestion stabilisiert werden. Strümpell, welcher sich in seiner Abhandlung „Ueber traumatische Neurose“ vom Jahr 1888 ganz Oppenheim anschliesst, fügt daselbst nur noch die wichtige Bemerkung hinzu, dass die langwierigen Verhandlungen über die Rente und die dazu nötigen häufigen Untersuchungen sehr ungünstig auf den Verlauf der Krankheit einwirken und ihn, je länger sie dauern, um so mehr verschlimmern. Damit stimmen Pages Angaben überein, dass bei schweren Traumen die Folgen, welche auf psychischer Basis beruhen, meist nicht so schlimm sind, wie bei leichten Verletzungen, weil die Entschädigungsansprüche in jenen Fällen sehr bald geregelt sind. Es ist ja auch natürlich, dass bei einem Unfallskranken der stete Hinweis auf seine eigene Person durch die langwierigen Gerichtsverhandlungen und die Wichtigkeit, die seiner Erkrankung scheinbar durch die häufigen Untersuchungen beigemessen wird, ihn mit Furcht und Sorge für seine Zukunft erfüllen, seinen Ideenkreis immer wieder auf seinen Unfall und die möglichen Folgen beschränken, und so der Hysterie oder der Autosuggestion, zu der ihn die psychische Erregung bei dem Unfall so wie so disponiert hat, nur zu günstig sind. Dies Moment

bei Entstehung der Krankheit wurde dann auch auf dem Wiesbadener Kongress gebührend hervorgehoben.

Aber Strümpell ging noch weiter. In seiner Abhandlung „Über die Untersuchung, Beurteilung und Behandlung von Unfallkranken“ von 1894 will er dem Traume selbst überhaupt keine Bedeutung beigemessen wissen, weder dem physischen, noch dem psychischen — selbstverständlich handelt es sich immer nur um funktionelle Nervenerkrankungen —, sondern er schiebt alles auf die Begehrungsvorstellungen der Kranken, auf den Wunsch eine möglichst hohe Rente zu erhalten. Daher will er denn auch die Kranken selbst für die Schwere und Dauer ihrer Erkrankung verantwortlich machen, was wiederum für die forensische Beurteilung von Wichtigkeit ist. Oppenheim wies in seiner Broschüre von 1894 „der Fall N.“ darauf hin, wie sehr diese Ansicht mit Strümpells Schrift von 1888 in Widerspruch stände und wie unwahrscheinlich die Richtigkeit dieser Annahme sei. Es müssten danach in den besseren Ständen, wo keine Rente, keine Entschädigung nach einem Unfall erwartet werden kann, überhaupt keine Unfallsneurosen vorkommen. Und doch haben Oppenheim, Page und Saenger solche Fälle beobachtet. Zwar ist die schnelle Heilung nach Regelung der Rentenansprüche oft frappant. Doch kommen schnelle, überraschende Heilungen nicht auch oft genug bei der gewöhnlichen Hysterie vor nach einer Aenderung der Lebensweise der Hysterischen

und ihrer Umgebung, welche einen ungünstigen Einfluss auf ihren Ideenkreis ausübte? Muss nicht ebenso die Beendigung der Verhandlungen und ärztlichen Untersuchungen, die einen ungünstigen Einfluss auf die Unfallserkrankten haben, Grund genug bieten zu einer schnellen Besserung und Heilung, ohne dass man anzunehmen braucht, dass nur der Wunsch nach einer Rente die Verunglückten krank gemacht und die Erfüllung dieses Wunsches wieder gesundet habe? Ein solcher Kranker würde doch bedenklich einem bewussten Simulanten nahe kommen und jeden Anspruch von seiner Seite auf eine Rente in Frage stellen.

Simulation kommt natürlich vor, da mit ihrem Gelingen ein pekuniärer Vorteil erlangt werden kann und ihre Entlarvung nicht viel auf sich hat. Doch ist sie nach dem Urteil fast aller Nervenärzte, soweit sie sich in der Litteratur darüber geäussert haben, sehr selten und sehr schwer. Nur Schultze Bonn, Unvorricht und Lenhartz sprachen sich auf dem Wiesbadener Kongress für die Häufigkeit derselben aus. Es ist von gerichtlichem Interesse bei jedem einzelnen Fall Simulation von vornherein auszuschliessen oder zu entlarven. Doch ist diese Aufgabe bei einer Krankheit, die der Hysterie gleichend von Tag zu Tag ihre Symptome ändern und modifizieren kann, keineswegs leicht. Daher hat man eifrig nach objektiven Symptomen gesucht, welche unabhängig von subjektiven Klagen und Angaben des Kranken dem Arzt sogleich

über das wirkliche Vorhandensein oder Fehlen dieser Krankheit Aufschluss geben.

Oppenheim sieht als objektive Symptome die Veränderung der Sehnenreflexe, Puls und Atemfrequenz, die Gesichtsfeldeinschränkung, die Analgesieen und die Abnahme der Muskelkraft an. Zwar hängen die drei letzten Symptome auch von den Angaben des Untersuchten ab. Aber bei der Gesichtsfeldprüfung kann man durch die kampemetrische Messung des Gesichtsfeldes in verschiedenen Entfernungen nach Schmidt - Rümpler Simulation ausschliessen; bei Analgesieen durch plötzliche starke Faradisierung mit gleichzeitiger Beobachtung der Gesichtszüge des Patienten, und ebenso bei Schwächezuständen durch Kraftproben mit gleichzeitiger Beobachtung der Gesichtszüge des Patienten, eine absichtliche Täuschung erkennen und so jedesmal den subjektiven Angaben objektiven Wert verleihen. Diese Anschauungen wurden teilweise auf dem wiesbadener Kongress erörtert, teilweise von Oppenheim in seiner Abhandlung von 1896 klar gelegt, nachdem Strümpell in seiner Schrift von 1894 die Bedeutung und Objektivität aller dieser Symptome bestritten hatte. Strümpell will Gesichtsfeldeinschränkung, Anaesthesieen, geringe Veränderung der Puls- und Atemfrequenz von vorn herein ausgeschlossen wissen, weil Arbeiter durch diese Symptome garnicht am Arbeiten gehindert werden. Er übersieht, dass nach diesen Krankheitserscheinungen nicht,

oder doch nur zum Teil, die Schwere der Krankheit und daraus folgende Arbeitsunfähigkeit beurteilt werden soll, sondern nur das Vorhandensein einer Krankheit überhaupt festgestellt und Simulation ausgeschlossen wird. Es ist allerdings ein Uebelstand, dass nach Oppenheim zwar alle diese Symptome vorkommen können, aber nicht vorhanden sein müssen; dass ihr Dasein zwar die Simulation ausschliesst, aber ihr Fehlen nicht die Simulation beweist. Ein anderer Einwand ist noch von Schultze (Bonn) auf dem wiesbadener Kongress gemacht worden. Er wirft die Frage auf, wie es sich denn mit dem Gesichtsfeld der arbeitenden Klasse überhaupt verhält; ob nicht bei sonst Gesunden erhebliche Einengungen vorkommen. Wäre dies der Fall, würde das Symptom bei Beurteilung der Unfallsneurosen jeden Wert verlieren. An diese Bemerkung anknüpfend hat A. Saenger in seiner Broschüre von 1896 „Die Beurteilung der Nervenerkrankungen nach Unfall" das Ergebnis einer Untersuchung an 119 gesunden Arbeitern der verschiedensten Gewerbe veröffentlicht, unter denen nur acht Personen oder 6,7 % eine mehr oder weniger grosse Einengung zeigten. Die übrigen hatten ein normales oder übernormales Gesichtsfeld (90° aussen, 60° innen als normal angenommen). Er untersuchte dieselben Arbeiter zugleich auf die Hautsensibilität und Sehnenreflexe. Nur in 4 % fand er Anaesthesieen geringerer Art. Allerdings, fügt er hinzu, ist die Hautsensibilität

bei den Arbeitern im allgemeinen herabgesetzt. Die Sehnenreflexe waren oft gesteigert, namentlich nach schwerer Arbeit. Jedenfalls kommt Saenger zu dem Schluss, dass die erwähnten Symptome keineswegs so gering zu schätzen sind, wie Strümpell es in seiner Schrift von 1894 thut. Er stellt sich vielmehr auf Strümpells Standpunkt von 1888 und legt jenen Krankheitserscheinungen objektiven Wert bei. Zum Beweis führt er noch fünf Fälle an, wie man sie sich überführender nicht denken kann. Es betreffen diese fünf für gesund gehaltene Arbeiter, die direkt von der Feldarbeit geholt wurden und bei der Untersuchung mehrere jener Krankheitserscheinungen zeigten. Erst nach Feststellung der Symptome erzählten sie auf Befragen, dass sie einen Unfall früher erlitten hätten. Eine Rente bezogen sie natürlich nicht und von dem Vorhandensein jener Krankheitssymptome hatten sie keine Ahnung gehabt. Objektiver können Arzt und Patient an eine Untersuchung nicht herangehen und von einem suggestiven Einfluss des Arztes kann hier so wenig die Rede sein, wie von Begehrungsvorstellungen der Arbeiter. Diese Fälle sind dafür recht beweisend, dass der Unfall an und für sich schon nervöse Störungen hervorruft, auf Grund deren sich dann die übrigen hysterischen und neurasthenischen Erscheinungen entwickeln. Daran sind dann die Rentenverhandlungen schuld.

So beantwortet sich auch die Frage, warum seit Ein-

führung der Haftpflicht der Eisenbahngesellschaften und der Entstehung von Versicherungsanstalten die Unfallsneurosen mit vollständiger oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit sich unverhältnismässig zu den Unglücksfällen vermehrt haben. Die Schädigung nach einem gleich schweren Unfall wird heut zunächst dieselbe sein wie früher. Doch während früher die Arbeiter nach einigen Tagen Erholung ihre Arbeit trotz Gesichtsfeldeinengung, Anaesthesieen etc., und ohne etwas davon zu wissen, wieder aufnahmen, werden heutzutage die Verunglückten alsbald untersucht, die Symptome festgestellt, und das Bewusstsein des Krankseins und die Furcht vor schlimmen Folgen schafft dann der Hysterie, wie schon erwähnt, Eingang. Es kommen auch Begehrungsvorstellungen hinzu, die zu Uebertreibungen und zu dem Wunsche führen, krank zu sein, der dann durch Autosuggestion zur wirklichen Hysterie führt. Doch können sie nie die einzige Ursache sein.

Aus alledem geht hervor, dass es bei der Behandlung wichtig ist, von vorne herein der Ausbildung hysterischer Vorstellungen entgegen zu arbeiten. „Principiis obsta“ ist der Grundsatz, wie er von Strümpell und anderen ausgesprochen ist. Namentlich Saenger macht neuerdings wieder darauf aufmerksam, wie ratsam es ist, möglichst bald durch kleine Arbeitsleistungen die Kranken von der Selbstbeobachtung abzubringen und ihre Energie zugleich zu stärken. Von Strümpell, wie von anderer

Seite ist der Vorschlag gemacht worden, für Unfallspatienten, die nur teilweise arbeitsfähig sind, einen Arbeitsnachweis zu schaffen. Es hält für jene Halbinvaliden sehr schwer einen Arbeitgeber zu finden, denn diese werden gesunde Arbeiter stets vorziehen. Muss nun der Unfallskranke lange ohne Arbeit herumlaufen, verschlimmern sich seine hysterischen und neurasthenischen Leiden.

Rei einer zweckbewussten Behandluug stellen die meisten Nervenärzte keine ungünstige Prognose. Namentlich nach Regelung der Rentenansprüche nimmt die Besserung meist einen steten Fortschritt. Oppenheim urteilt allerdings in dieser Beziehung weit ungünstiger als Strümpell, Wernicke, Saenger und andere.

A. Saenger hat anch die Frage nach den disponierenden Momenten für die Unfallsneurosen zu beantworten versucht. Er kommt zu keinem bestimmten Schluss, hebt jedoch hervor, dass Alkoholmissbrauch, in weit geringerem Masse Nikotin, ferner Syphilis und Arteriesklerose nervöse Symptome hervorrufen können, die denen der Unfallsneurose auffallend gleichen und zu Missdeutungen Anlass geben können. Ferner weist er darauf hin, dass oft erst die Arbeitslosigkeit nach einem Unfall zum Alkoholmissbrauch führt. Dass die hereditäre Belastung mit in Rechnung zu ziehen ist, versteht sich von selbst. Saenger erwähnt noch, dass die Arbeiter aus den östlichen Pro-

vinzen weit weniger widerstandsfähig sind gegen suggestive Einflüsse und so mehr zur Hysterie neigen, als andere.

Von Herrn Prof. Dr. Strassmann wurde mir ein Fall von Unfallsneurose überwiesen, der in vorzüglicher Weise eine grosse Anzahl der Oppenheimschen Symptome demonstriert, die sich alle eng im Anschluss an den Unfall entwickelt haben, ohne dass von hereditärer Belastung, Alkoholmissbrauch, Syphilis, Begehrungsvorstellungen die Rede sein kann. Die Anamnese, bei welcher mich der Assistent des Herrn Prof. Dr. Strassmann, Herr Dr. Puppe, in liebenswürdigster Weise unterstützte, führte zu folgendem Resultat:

Es handelt sich um den 33 Jahre alten Gerichtsvollzieher Herrn Sch. Sein Vater starb am Magenkrebs, die Mutter infolge eines Wochenbettes. Sieben Geschwister von ihm sind gesund. Von wesentlichen Krankheiten, die seine Person betrafen, weiss er nichts zu berichten. Er ist kein Potator und hat sich nie Lues acquiriert nach seinen Angaben. Während seiner Dienstzeit von 13 Jahren hat er sich eine Gonorrhoe zugezogen, die nach fünfwöchentlicher Behandlung ausheilte, ohne dass er in das Lazareth geschickt wurde. Ferner zog er sich beim Voltigieren Verletzungen beider Kniee zu, die gut heilten, aber doch zu seiner Entlassung führten. Die Narben an den Knieen sind noch sichtbar. Er erlitt noch zwei Unfälle, bei denen er sich einmal durch Fall eine Verletzung des

rechten Kniees zuzog, das andre Mal bei Scheuwerden der Pferde aus einem Wagen geschleudert wurde. Beide Male erhielt er geringe Entschädigungen von Versicherungsgesellschaften; doch wurde sein Allgemeinbefinden durch die Unfälle keineswegs beeinträchtigt. Vielmehr giebt er an, sehr gesund und kräftig gewesen zu sein und sein schweres Amt als Gerichtsvollzieher gut haben ausführen zu können.

Am 9. März 1895 ist er beim Verlassen des Eisenbahnwagens auf dem Wannseebahnhof in Berlin ausgeglitten und mit den Beinen und dem Kreuz auf die Bordschwelle und Trittbretter, mit dem Kopf in den Wagen hineingefallen. Der Kopf wie das Kreuz wurden arg erschüttert. Sch. wurde ohnmächtig, doch hat er nicht gebrochen. Einige Minuten blieb er bewusstlos. Nach Haus gebracht lag er 14 Tage zu Bett und fühlte sich beim Aufstehen schwindlig und unsicher auf den Beinen. Er wurde zuerst mit Umschlägen um Kopf und Kreuz und mit Massage behandelt. Auf ärztliches Anraten ging er dann nach Wiesbaden und wurde dort 6 Wochen lang mit dem faradischen Strom am ganzen Körper behandelt. Da jedoch keine wesentliche Besserung in seinem Zustand eintrat, liess er sich in die orthopädische Anstalt des Herrn Dr. Müller aufnehmen. Aus seinem damaligen Status, der in der Anstalt des Herrn Dr. Müller aufgenommen wurde,

und den mir dieser liebenswürdig zur Verfügung stellte, entnehme ich folgendes:

Ernährungszustand ist gut, Fettpolster gut, normale Hautfarbe und Temperatur, Gang schwerfällig mit vorgeneigtem Oberkörper. Er stützt die Hände in die Seiten, um besser gehen zu können. Bewegung in den Gelenken aktiv und passiv normal. Wenn der rechte Arm vertikal nach oben und unten geführt wird, spürt er Schmerzen in der Wirbelsäule. Schwanken bei geschlossenen Knieen und Füssen. Bei extremer Beugung des rechten Kniees Schmerz daselbst. Patellarreflexe sind vorhanden. Es findet sich etwas Bindehautentzündung beiderseits. Gehirnnerven normal. Zunge belegt. Geruch, Gehör, Geschmack gut. Brust- und Bauchorgane normal. Puls beträgt 90, die Herztöne sind rein.

Beklopfen an der Wirbelsäule und am Kopf schmerzhaft. Rückwärtsbewegung des Rumpfes aktiv aufgehoben, passiv zum Teil schmerzhaft. Vorwärtsbeugung bei gespreizten Beinen möglich, bei geschlossenen erschwert. Beim schnellen Aufrichten taumelt er.

Sensibilität ist am ganzen Körper vermindert. Schmerzempfindung und Temperatur sind herabgesetzt.

Von subjektiven Klagen ist folgendes zu erwähnen: Schmerzen und Wüstheit im Kopf, Eingenommenheit, Schwindel bei schneller Kopfbewegung vorwärts. Der Schlaf ist schlecht, zeitweise besteht gänzliche Schlaf-

losigkeit. Gesellschaft und Unterhaltung ist ihm lästig. Er klagt über Parästhesieen. Ihm ist, als ob ihm der Scheitelteil seines Kopfes fehlt. Kreuzschmerzen suchen ihn heim, oft nur als Druck bemerkbar. Beim Vorwärtsbeugen vermindern sie sich, bei Rückenlage steigern sie sich; ebenso, wenn der Körper lange in derselben Lage bleibt. Die Kreuzschmerzen stellen sich ebenfalls bei längerem Gehen ein und strahlen über Hüfte, Rücken und die ganze rechte Seite aus. Kältegefühl hat er im Kreuz. Schlechter Stuhlgang. Beim Treppensteigen zittern ihm die Kniee. Der rechte Arm ist ihm matt und kraftlos. Er fühlt ein Kribbeln in den Fingern der rechten Hand. Gegenstände fallen ihm aus der Hand. Bei Aufregung kann er wegen Zittern der Hand nicht schreiben.

Er wurde von Herrn Dr. Müller mit Sturzbädern, kalten Uebergiessungen, Massage, Faradisierung längs der Wirbelsäule behandelt. Die Behandlung führte nach dem Urteil des Kranken selbst zu folgender Besserung:

Schlaf und Stuhlgang haben sich gebessert, die Schmerzen im rechten Arm und Kniegelenk, sowie im Kopf und Kreuz liessen nach. Das Allgemeinbefinden ist zufriedenstellend. Angenehme Wärme durchstrahlt den Rücken nach der Massage. Die Stimmung ist besser. Er fühlt sich gesunder. Doch vermeidet er aufregende Lektüre und Gespräche.

Objektiv ist auch eine Besserung wahrzunehmen.

Seine Bewegungen sind freier und elastischer. Die Wirbelsäule ist gelenkiger. Appetit, Schlaf, Stimmung sind besser. Die nervösen Symptome schwinden.

Es handelt sich nach dem Urteil des Herrn Dr. Müller um eine ernste nervöse Störung. Es ist Aussicht auf völlige Heilung nach seiner Meinung vorhanden, aber nicht sicher. Das Heilverfahren wird mehrere Monate in Anspruch nehmen. Während dieser Zeit ist Herr Sch. vollkommen erwerbsunfähig.

Das war etwa Ende August. Am 14. Januar 1896 wird die Prognose bereits ungünstiger gestellt und die Dauer der Erwerbsunfähigkeit auf $^3/_4$ Jahr angesetzt. Am 4. Februar wird mit ziemlicher Sicherheit angenommen, dass teilweise Erwerbsunfähigkeit für immer bestehen bleiben wird. Im Juni ging der Kranke nach Friedrichsroda zur Erholung, findet dort aber keine Besserung, was er hauptsächlich dem schlechten Wetter zuschreibt. Von Friedrichsroda zurückgekehrt blieb er bis jetzt in Behandlung des Herrn Dr. Müller, die in kalten Douchen und Abreibungen besteht.

Im Oktober vorigen Jahres bekam ich den Kranken zum ersten Mal zu sehen und nahm seinen damaligen Status auf. Derselbe stimmt mit dem gegenwärtigen so ganz überein, dass es genügt, letzteren anzugeben.

Was zunächst die subjektiven Klagen anbetrifft, so sind sie ziemlich dieselben, wie die im Status des Herrn

Dr. Müller angegebenen. Die Paraesthesieen scheinen grösseren Umfang gewonnen zu haben. Ausser dem Gefühl des Fehlens des Scheitelteiles seines Kopfes fühlt er nachts zuweilen seine grosse Zehe ungeheuer anschwellen, dass er hinfassen muss, um sich von der Unrichtigkeit seiner Empfindung zu überzeugen. Auch seine psychische Reizbarkeit scheint gesteigert. Er giebt an über eine Fliege am Fenster ausser sich geraten zu können. Selbst seine Familie hat, wie er zu seinem Bedauern gesteht, unter dieser abnormen Reizbarkeit zu leiden. Ausserdem verspürt er einen nachteiligen Einfluss der Mitleidsbezeugungen seiner Bekannten auf sein Gemüt. Er ist von melancholischen Stimmungen heimgesucht, unzufrieden, und fühlt sich schwach und untauglich zu jeder andauernden geistigen oder körperlichen Beschäftigung. Der Gedanke an eine Thätigkeit regt ihn oft so auf, dass es ihm dann z. B. unmöglich wird eine Postkarte zu schreiben. Er vermag nicht lange zu lesen. Bei längerem Sitzen und Gehen stellen sich Schmerzen im Kreuz ein, die, wie oben gesagt, ausstrahlen. Er klagt über Unsicherheit beim Gehen im Dunkeln. Seine sexuelle Potenz hat seinen Angaben nach nachgelassen.

Herr Sch. ist ein kräftig gebauter von Mann mittlerer Grösse und zufriedenstellendem Ernährungszustand. Sein deprimierter Gesichtsausdrnck und vor allem sein ataktischer Gang lassen von vornherein auf eine schwere

Gesundheitsstörung schliessen. Sein Sensorium ist frei. Er neigt dazu, möglichst ausführlich von seinen Leiden zu sprechen, während er an andern Dingen wenig Interesse nimmt.

Die Haut fühlt sich trocken an. Am Kopf ist eine Narbe wahrnehmbar, die nicht mit dem Knochen verwachsen ist. Beim Beklopfen des Kopfes verspürt er ein Sausen in demselben; ebenso beim Beklopfen der Wirbelsäule. Die Motilität im Stirn- und Gesichtsteil des Facialis ist erhalten. Die Augenbewegungen werden exakt ausgeführt. Der Pupillarreflex ist erhalten. Das Gesichtsfeld ist nicht eingeschränkt. Auch die ophthalmoskopische Untersuchung ergiebt kein pathologisches Merkmal. Gehör, Geruch und Geschmack sind in Ordnung. Kiefer, Zunge, weicher Gaumen sind normal beweglich. Beim Herausstrecken der Zunge tritt ein starker Tremor derselben ein. Der Hustenreflex wird exakt ausgelöst. Patient spricht langsam und deutlich, und zeigt kein Silbenstolpern oder sonst eine Anomalie der Sprache. Die Schlingbewegungen sind nicht beeinträchtigt, ebensowenig die Speichelsekretion. An Brust- und Abdominalorganen ist nichts Krankhaftes zu finden. Die Herztöne sind rein, der Puls beträgt 88 und ist voll und weich.

Die aktive und passive Beweglichkeit ist in allen Gelenken erhalten. Doch bestehen Koordinationsstörungen der Bewegungen und Intentionszittern. Mitbewegungen und

motorische Reizerscheinungen sind nicht vorhanden. Die Muskeln fühlen sich etwas weich an, wenigstens giebt Patient an, dass sie früher derber und stärker gewesen sind. Der Gang ist, wie schon gesagt, ataktisch, breitspurig und schwerfällig. Das Rombergsche Symptom ist stark vorhanden. Die Sensibilität, namentlich die Schmerzempfindung ist am Körper herabgesetzt. Man kann an Arm, Bein und Rumpf Hautfalten durchstechen, ohne dass es als Schmerz empfunden wird. Zwei Nadelstiche in $3^1/_2$ cm Entfernung werden an den Fingerspitzen noch als ein Stich empfunden. Die Empfindungen werden schlecht lokalisiert und kommen erst verspätet zum Bewusstsein des Patienten. Heiss und kalt wird wohl unterschieden, aber nicht lauwarm und kalt. Also auch die Temperaturempfindung ist herabgesetzt. Orts- und Muskelsinn sind auch geschädigt. Patient kann ohne Hinsehen Hacke und Fussspitze des einen und anderen Fusses nicht gut aneinanderbringen.

Die Reflexe zeigen keine Abnormitäten. Der Reflex des weichen Gaumens ist, wie schon erwähnt, vorhanden. Bauchdecken- und Kremasterreflexe sind schwach — Patellarreflex ist vorhanden, nicht verstärkt, ebenso der Achillessehnenreflex. Vasomotorische und tropische Störungen können nicht wahrgenommen werden. Die Hautfarbe ist eine gesunde. Die Schweisssekretion ist nach Angabe des Patienten in der Kreuzgegend bedeutend. Im Urin ist weder Eiweiss noch Zucker. Der Stuhl ist angehalten.

Man könnte bei diesem Fall in Hinsicht auf die starke Kontusion des Rückens oder gestützt auf die Symptome der allgemein verminderten Sensibilität an eine organische Erkrankung denken. Der schwere Fall auf das Kreuz könnte bei dem Patienten eine Luxation der Wirbelsäule oder Zertrümmerung eines Wirbels und Kompression des Rückenmarkes zur Folge gehabt haben. Doch schliesst die genaue Untersuchung der Wirbelsäule beide Möglichkeiten aus. Dann liegt es nahe daran zu denken, dass eine diffuse Blutung im Rückenmark in Folge der starken Erschütterung stattgefunden habe. Aber das Fehlen intensiver Schmerzen in der Kreuzgegend und vor allem das Fehlen aller Lähmungserscheinungen macht auch diese Diagnose unmöglich. Die allgemeine Herabsetzung der Sensibilität in allen ihren Formen, die Verspätung der Schmerzempfindung erinnert an Myelitis, wenn nur diese Erkrankung nicht auch vor allem durch Lähmungserscheinungen gekennzeichnet wäre. Zur multiplen Sklerose würde die Ataxie und das Intentionszittern passen, doch fehlt jegliche Steigerung der Sehnenreflexe und daraus hervorgehende spastische Phänomene. Auch treten bei dieser Erkrankung die Sensibilitätsstörungen meist ganz in den Hintergrund, während sie in unserm Fall sehr in die Augen stechen. Tabes ist ebenfalls nicht zu diagnostizieren, da die Patellarreflexe vorhanden sind und die Pupillenreaktion auf Licht normal verläuft.

Mögen sich nun auch vielleicht die genannten in Betracht kommenden organischen Erkrankungen in Wirklichkeit nicht so leicht und schematisch ausschliessen lassen, wie ich es hier gethan habe, so kommt doch noch eine Bemerkung hinzu, die mich auf jeden Fall an der Annahme einer funktionellen Störung, einer ausgebildeten Hysterie festhalten lässt. Die Angaben des Patienten bei der Prüfung der Hautanalgesie bestanden nicht in einfachen Antworten von ja und nein, sondern, wenn er sah, wie man ihm eine Hautfalte durchstach, so meinte er, das könne er gut aushalten, das mache ihm nichts, und eine gewisse Befriedigung darüber, dass er solche Analgesieen habe, lag in seinen Antworten. Und dies gerade erinnert an die Hysterie, welche ihre Opfer gern augenfällige Symptome zeigen lässt, um die Aussenwelt von ihren Leiden zu überzeugen. Ebenso war die Angabe über Kopfschmerzen keine bestimmte. Zunächst wurden sie verneint. Auf wiederholtes Fragen sagte er: „Ach, sie sind auszuhalten, es ist nur ein allgemeines Sausen im Kopf.“ Ferner die vielen subjektiven Klagen, die Vorliebe, recht ausführlich und breit von seinen Leiden zu reden, ja einem Arzt, den er zum ersten oder zweiten Mal sieht, unaufgefordert von intimen Familienmisshelligkeiten zu sprechen, die in Folge seines reizbaren Zustandes ausgebrochen sind, alles das weist auf starke psychische Erkrankung hin, ohne dass wiederum für organische cerebrale Erkrankungen

irgend welche Anhaltspunkte gefunden werden können. Auch verweise ich auf die Erfahrung von A. Strümpell und Oppenheim, dass die Hysterie oft Symptomenkomplexe vortäuscht, die gerade zur multiplen Sklerose und andern Rückenmarkskrankheiten passen.

Es handelt sich bei Herrn Sch. um Hysterie verbunden mit Neurasthenie, wie die leichte psychische Reizbarkeit und die Energielosigkeit zeigen. Da sich alle Symptome gleich nach dem Unfall ausgebildet haben, muss man ihn als ursächliches Moment ansehen und, wie Herr Dr. Müller, traumatische Neurose oder traumatische Hysterie mit Neurasthenie diagnostizieren.

Eine hereditäre Disposition liegt bei Herrn Sch. nicht vor. Ebensowenig kommt nach der Anamnese Alkoholmissbrauch oder Lues in Betracht.

Auch Begehrungsvorstellungen können ausgeschlossen werden. Patient war vor dem Unfall ein sehr arbeitsfähiger, eifriger Beamter, der sein jährliches Einkommen als Gerichtsvollzieher auf 10,000 Mark brachte. Er kann nur eine Pension von 900 Mark beanspruchen. Dazu kommt allerdings noch eine Unfallversicherungssumme, die aber keinesfalls seine Einnahme über $^1/_4$ seiner früheren steigern würde.

Auch beklagt es Patient selbst bitter, dass er zu seiner gewohnten Arbeit nicht mehr fähig ist, wie er denn überhaupt nicht im geringsten den Eindruck eines Queru-

lanten macht, sondern eines durch seinen Zustand stark deprimierten Kranken. Mit Wehmut denkt er an die Zeit seiner Arbeitstüchtigkeit zurück und es schmerzt ihn bitter, schon in so jungen Jahren zur Unthätigkeit verdammt zu sein. Den vielen ärztlichen Untersuchungen und Kuren könnte man wohl eine Schuld für die längere Stabilisierung und Vergrösserung der Hysterie beimessen, aber sie in keinem Fall als Ursache derselben ansehen. Ein Mann mit einer Thätigkeit, die so viel Energie und Geistesgegenwart erfordert, wie die eines Gerichtsvollziehers, wird für suggestive Einflüsse wenig geeignet sein; es müssten denn erst seine psychischen Eigenschaften umgeändert und erschüttert sein. Als Ursache hierfür bleibt nichts anderes übrig, als der Unfall. Ihn, und ihn allein, muss man für die Entstehung des Leidens verantwortlich machen. Bei der starken Erschütterung der Wirbelsäule muss man hier wohl dem psychischen Trauma den grössten Wert beimessen und diesen Fall denen einreihen, bei welchen Strümpell eventuell eine molekulare Umlagerung der Atome der Rückenmarksubstanz annimmt. Es ist dies nur eine Theorie. Aber über Theorien kommen wir bei Erklärungen dieser Fälle nicht hinaus, da wir eine wahrnehmbare anatomische Veränderung nicht voraussetzen können, und andererseits für uns eine Erkrankung nur in anatomisch-pathologischen Veränderungen ihre Erklärung findet.

Patient wird, sobald er pensioniert ist, auf das Land

gehen, um sich dort mit leichten Gartenarbeiten zu beschäftigen, wie es Oppenheim und Saenger für derartige Leidende empfohlen haben. Bislang musste er in Berlin bleiben, da er noch im Amte war, und die Behandlung konnte nur den Weg einschlagen, wie ihn Herr Dr. Müller gewählt hat. Vielleicht wird bei dem Kranken die veränderte Lebensweise, eine leichte regelmässige Beschäftigung in guter Luft in kurzer Zeit mehr wirken, als alle Heilwasserkuren und Elektrizitätsbehandlung.

Zum Schluss erfülle ich noch die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Strassmann für die Anregung und Durchsicht dieser Arbeit, sowie für die Ueberweisung des Falles und Herrn Dr. Puppe für seine liebenswürdige Unterstützung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Prof. J. M. Charcot: Poliklinische Vorträge. Leipzig und Wien 1892|94.

Prof. Dr. H. Oppenheim: Die traumatischen Neurosen. Berlin 1889.

— Der Fall N. Ein weiterer Beitrag zur Lehre von traumatischen Neurosen. Berlin 1896.

Prof. Dr. W. Page: Eisenbahnverletzungen in forensischer und klinischer Beziehung.

Dr. Alfred Saenger: Die Beurteilungen der Nervenerkrankungen nach Unfall.

Prof. Dr. Adolf v. Strümpell: Lehrbuch der Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. 1894. Bd. III.

— Ueber die traumatischen Neurosen. Berliner Klinik. Heft 3. Berlin 1888.

— Ueber die traumatischen Neurosen. Verhandlungen des XII. Kongresses für innere Medizin. Wiesbaden 1893.

— Ueber die Untersuchung, Beurteilung und Behandlung von Unfallkranken. Prakt. Bemerkungen. Münchener med. Woch. 1895. Nr. 49 und 50.

Thesen.

I.

Die traumatischen Neurosen haben in dem Unfall selbst ihren Ursprung.

II.

Als Therapie bei congenitalen Hüftgelenkluxationen ist die blutige Reposition als die idealste und rationellste anzusehen.

III.

Die deutschen Turnspiele im Freien sind die gesundeste körperliche Bewegung.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Hugo Budde, Sohn des verstorbenen Ministerialdirektors Wilhelm Budde, evangel. Konfession, wurde am 12. Juni 1872 zu Berlin geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Friedrich-Werderschen Gymnasium in Berlin, Viktoria-Gymnasium in Potsdam und Joachimsthalischen Gymnasium in Berlin, das er Michaelis 1892 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Am 17. Oktober desselben Jahres trat er in das damalige Königliche medizinisch - chirurgische Friedrich-Wilhelms-Institut, die jetzige Kaiser - Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen ein. Seiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte er vom 1. April bis 1. Oktober 1893 bei der 8. Kompagnie des 2. Garde-Regiments zu Fuss. Am 14. Juli 1894 bestand er das Tentamen physicum, am 3. Juli 1896 das Tentamen medicum und am 10. Juli desselben Jahres das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse, Kliniken folgender Herren:

v. Bardeleben †, v. Bergmann, Blasius, Dilthey, du Bois-Reymond †, Engler, Ewald, Fischer, B. Fränkel, Frey, Geissler, Gerhardt, Goldscheider, Gurlt, Gusserow, Hartmann †, Hertwig, Jolly, Israel, R. Köhler, König, Köppen, Kossel, Kundt †, G. Lewin †, von Leyden, Liebreich, Olshausen, Oppenheim, Rubner, Salkowsky, F. E. Schulze, Schweigger, Schwendener, Schweninger, Sonnenburg, Strassmann, Tilmann, R. Virchow, Waldeyer.

Diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.